

بررسی اثربخشی نمایش درمانی بر کیفیت زندگی زنان سنتی - مدرنیته ۲۰ تا ۵۰ ساله شهر اصفهان

مهديه ناصري کریموند^۱

^۱ کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی غیر انتفاعی راغب، اصفهان، ایران

چکیده

هدف پژوهش اثربخشی نمایش درمانی بر کیفیت زندگی زنان سنتی - مدرنیته شهر اصفهان بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان سنتی - مدرنیته ۲۰ تا ۵۰ سال شهر اصفهان (در سال ۱۴۰۱-۴۰۲) بود. از میان آنان ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی، به دو گروه آزمایشی و کنترل (۲۰ نفر برای هر گروه) تقسیم شدند. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون - پس آزمون و با دو گروه آزمایش و کنترل بود. در این طرح گروه آزمایش در معرض ده جلسه آموزشی نمایش درمانی مورنو (۱۹۵۳) و هر جلسه یک ساعت قرار گرفت. در مورد گروه کنترل مداخله اعمال نشد. از پرسشنامه سبک زندگی لعلی و همکاران (۱۳۹۱) جهت جمع آوری اطلاعات استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از کوواریانس چند متغیره استفاده شد. در سطح توصیفی از جدول فراوانی و درصد فراوانی، نمودار درصد فراوانی و جدول شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای ارائه‌ی وضعیت متغیرهای جمعیت شناختی استفاده شده. در سطح استنباطی نیز از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یافته‌ها و نتایج نشان داد که نمایش درمانی بر بهبودی کیفیت زندگی و ابعاد آن (سلامت جسمانی، ورزش و سلامتی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری، سلامت روان‌شناختی و معنوی و اجتماعی، اجتناب از دارو، مواد مخدر و الکل، پیشگیری از اتفاقات و سلامت محیطی) در گروه نمایش درمانی نسبت به گروه گواه مؤثر بوده است.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، نمایش درمانی، زنان، سنتی - مدرنیته.

مقدمه

جامعه ایران، در حال تغییر است و با نفوذ مدرنیته و پسامد مدرنیته، ساختارهای فرهنگی، ارزشی و عقیدتی آن در مسیر تحول قرار گرفته است؛ همچنین کیفیت زندگی مفهومی چندوجهی و پیچیده است؛ اما تعریف شدنی و سنجیدنی است. در مطالعات کیفیت زندگی، دو رویکرد ذهنی و عینی وجود دارد (لی^۱، ۲۰۰۸). این رویکردها بیشتر به طور مجزا از همدیگر و به ندرت در ترکیب با هم برای سنجش کیفیت زندگی به کار می روند. کیفیت زندگی در ابعاد ذهنی، ادراک می شود و ارزیابی افراد را از وضعیت زندگی خود منعکس می کند و با شاخص های ذهنی اندازه گیری می شود (داس^۲، ۲۰۱۸).

نقش زنان در کیفیت زندگی خود و فرزندان و حتی در گذر از سنت به مدرنیته بسیار پررنگ است. تا جایی که در یکی از پژوهش هایی که در یکی از دانشگاه های ایالت متحده آمریکا انجام شد، بر اساس آن پژوهش به این مسئله اشاره شده است که زنان عموماً تمایل دارند به شیوه ای تنظیم کننده روند موجود عمل کنند. یعنی همین مسئله باعث تداوم یک روش و سنت و حتی ارزش ها می تواند بشود. طبق این پژوهش به اعتقاد عامه افراد، مردان را در همه چیز در مقایسه با زنان در سطح بالاتری قرار می دهد (مارینوف^۳، ۱۸۹۶). در حوزه عمومی، زنان بخشی از جامعه کمتر قابل مشاهده و حتی می توان گفت تا حد زیادی نادیده گرفته می شوند. تمرکز اطلاعات فعلی مربوط به نقش متعارف زنان در بلغارستان بر خانواده سنتی مردسالار بود، که همچنین واحد مولد ضروری بود. مرد/شوهر سرپرست و استاد خانواده بوده و همه ی تصمیمات مهم را می گرفت. زن هم همیشه تابع بوده و مجبور به اراده مرد بود. تاجایی که در اکثر جوامع سنتی علی الخصوص در کشور ایران نیز در قومیت های مختلف شاهد چنین سنت هایی هستیم که زنان بعد از مردها باید در پیاده روی ها راه بروند، حتی بعد از مردها غذا بخورند. حتی اعتقادات رایجی که هیچ مسئولیتی بر عهده ی مردها نمی افتد و حتی در صورت فرزند نامشروع این زن است که مجازات سختی درانتظارش است و او را تنها مسئول دانسته و حتی در جامعه ای مثل خانواده های کشاورزان بلغاری آن ها را زنده به همراه فرزند می سوزانند. در حقیقت این تفکیک های جنسیتی نوعی هنجار محسوب می شوند (نستوروا^۴، ۱۹۹۶). سنت شامل بخش های زیادی می تواند باشد که البته در هر جامعه ای سنت متفاوت تعریف می شود. مطالعات باستان شناسی و مردم شناسی نشان می دهد که مثلاً شاخصه ای مثل دین همیشه جزء اساسی زندگی بشر بوده است و در اصل بخشی از سنت محسوب می شود که حتی افراد غیرمذهبی هم ممکن است در مواقع بحرانی به خدا یا قدرت های ماوراء طبیعی اعتقاد داشته باشند. (صالحی و مسلمان، ۲۰۱۵) مثلاً یونگ و استنلی هال^۵ (۲۰۱۶) معتقد بود که اعتقادات و آداب و رسوم دینی برای درک جنبه های روانی انسان تاحدودی ضروری است. با توجه به علت بیماری، می توان گفت اعتقادات مذهبی نقش عمده در درک استرس های خاص دارند و تأثیر زیادی در پیشگیری از برخی اختلالات و بازگشت عودها و علائم نیز دارد (تسای و همکاران^۶، ۲۰۱۶).

از طریق برخی نتایج تجربی، مشخص شد که نگرش های اجتماعی مثل (انصاف) و متغیرهای خانواده مانند (سرمایه خانواده) و متغیرهای فردی (سلامت روان، وضعیت اقتصادی اجتماعی و رتبه اجتماعی) تأثیرات بیشتری بر شادی و کیفیت زندگی نسبت به دیگران دارند. علاوه بر این، اثربخشی خوشبختی بر اساس سبک زندگی از طریق این پنج ویژگی ایجاد شده است (خراسانی زاده و همکاران، ۱۳۹۶). احساسات فوق العاده بین افراد و ارزیابی شناختی کیفیت زندگی آنها است که هرکس کیفیت زندگی موجود خود را با انتظارات و باورهای ذهنی خود مقایسه می کند (بیرمان و آشنسل^۷، ۱۹۹۹). مسئله ی مهم دارای ارزش که باید به آن پرداخته شود بحث شکل گیری باورهایی هست که در اثر سبک زندگی افراد در آن ها شکل می گیرد. عوامل روانشناختی دیگر و حتی برخی مشکلات و اختلالات با آسیب شناسی روانی و مکانیسم های

^۱ Lee^۲ Das^۳ Dmitry Marinov^۴ Nestorova^۵ Carl Gustav Jung and Granville Stanley Hall^۶ Tsai et al^۷ Birman and Essential

دفاعی مرتبط هستند (مشهدی و همکاران، ۲۰۱۷). زمانی که افراد نمی‌توانند روشهای منطقی برای کنترل مشکلات و اضطراب خود ارائه دهند، به مکانیسم‌های دفاعی متوسل می‌شوند (بلکمن و جی اس، ۲۰۰۴). مکانیسم‌های دفاعی رفتارهایی عادی با ارزش‌های سازگار هستند که می‌توانند به الگوهای مشترک زندگی تبدیل شوند. افراد از طریق مکانیسم‌های دفاعی شکل گرفته در آن‌ها با واقعیت‌ها روبرو نمی‌شوند (مشهدی و همکاران، ۲۰۱۷). بشارت (۲۰۱۶) اعتقادش مبنی بر این بوده که دفاع شخصی متغیری است که به وسیله آن درک شخصیت امکان پذیر است. این مسئله با مطالعات متعدد تأیید شده است (لارنس و همکاران^۱، ۲۰۱۱). بر اساس مطالعات انجام شده در ایران گزارش شده است که حدود ۸/۱ درصد از جمعیت عمومی ایرانیان بالغ از این بیماری و اختلالات مربوط به مکانیسم‌های دفاعی رنج می‌برند. تخمین زده می‌شود که آنها بیشتر با مشکلاتی مثل وسواس، آلودگی و پرخاشگری درگیر هستند و بیشتر وسواس‌ها از نوع شستشو و تمیز کردن است (دیانی و همکاران^۲، ۲۰۱۳).

یکی از مسائلی که در این پژوهش قرار هست به آن پرداخته شود بررسی اثر بخشی نمایش درمانی برای اصلاح و بهبود کیفیت زندگی زنانی هست که تحت تاثیر سنت و مدرنیته بوده است. هنر نزد انسان‌های بدوی بیش تر از اینکه جنبه‌ی لذت داشته باشد، اهمیت درمانی داشته و هنردرمانی، امری کهن است که از دیر باز مورد استفاده بوده است. به عبارتی، از گذشته تا به امروز از هنر برای درمان مسائل روحی و روانی استفاده می‌شده است. در حقیقت هنردرمانی، نوعی تکنیک درمانی است که تلاش می‌کند موقعیت احساسی بیمارانی را که از ناراحتی‌های روحی و روانی رنج می‌برند را بهبود ببخشد (مظفریان، ۱۳۸۷). نمایش درمانی یکی از رویکردهای روان‌درمانی است که بر پایه دیدگاه روان تحلیلی بنا شده است (کوهن، دالروک و فالمنت^۳، ۲۰۱۴). مفاهیم مربوط به نمایش درمانی اولین بار توسط مورنو^۴ (۱۹۸۹)، مطرح شد. این نظریه بنیانش بر اساس توانایی فی البداهه و خلاقیت است. او معتقد است که ناکامی هر فردی از طریق تأثیر خانواده و محدودیت‌هایی که جامعه دارد، شکل می‌گیرد. مورنو ارتباط زبانی را تنها راه ارتباط جهانی نمی‌داند، بلکه صحنه نمایش را به عنوان راهی کامل و همه چیز تمام در جهت ایجاد ارتباط بین افراد و از بین بردن مسائل قلمداد می‌کند (امرای^۵، ۲۰۰۸).

قشر جوان جامعه از یک طرف بلوغ جسمی و جنسی سریع را می‌گذرانند و از سوی دیگر، خانواده، فرهنگ و جامعه خواستار این هستند که فرزندان شان مستقل باشد و روابط جدید و متفاوتی را با همسالان و بزرگسالان برقرار کنند و خودشان آمادگی‌ها و مهارت‌های لازم را برای یک زندگی اجتماعی و شغلی به دست بیاورند. افرادی که در مناطق حاشیهای شهرها و در روستاها زندگی میکنند، به دلیل دسترسی نداشتن به خیلی از امکانات، نداشتن تحصیلات و نبودن آگاهی، بعضاً نبود کانون خانوادگی گرم و حمایت کننده، و... به ناهنجاری‌هایی در همان سنین پایین روی می‌آورند، که قرارگیری این افراد در مرز بین سنت و مدرنیته و ایجاد دوگانگی برای آن‌ها که از طرفی در چنین شرایطی بوده‌اند و از طرفی شرایطی جدید و متفاوت را می‌بینند و در آن قرار گرفته‌اند و از طرفی از آن منع می‌شوند، پس در نهایت از نظر روحی و روانی دچار مشکلاتی می‌شوند. نمایش درمانی یکی از راه‌هایی هست که با استفاده از این روش بتوان کیفیت زندگی فرد را افزایش داد (تسلیمیان و همکاران، ۱۴۰۰). مسئله‌ی تضاد بین سنت و مدرنیته عاملی برای مشکلات کیفیت زندگی در افراد شده است. جامعه‌ی سنتی کسی درمورد اینکه آیا سنت صحیح است یا خیر فکر نمی‌کند، زمانی افراد به مشکل بر می‌خورند که در حال گذر از سنت باشند. از طرفی مانند در سنت و یا مدرنیته به شکل‌گیری یکسری باورهای منفی در افراد منجر می‌شود که اغلب این باورها خصوصاً در جوامع سنتی منجر به کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شوند، خصوصاً برای جنسیت زن و در نهایت تربیت فرزند توسط همین زنان ما شاهد چرخه‌ی پایان ناپذیر و ادامه

^۱ Lawrence et al^۲ Diani et al^۳ Cohen, Delaroché & Flament^۴ Moreno^۵ Amraey

داری خواهیم بود. حتی جامعه‌ی ما نیز از این مورد مستثنی نیستند و با توجه به بافت‌های روستایی در حال گذار به شهرنشینی و با توجه به فرهنگ و تاریخمان ما یک جامعه‌ی در حال گذر از سنت هستیم و نیاز هست این مسئله بیشتر مورد پردازش قرار بگیرد و راهکارهایی اندیشیده و مورد استفاده قرار بگیرند. بنابراین سوال اصلی پژوهش حاضر این است که نمایش درمانی بر کیفیت زندگی زنان سنتی- مدرنیته ۲۰ تا ۵۰ ساله شهر اصفهان اثر بخشی معناداری دارد؟

روش شناسی

روش مورد استفاده در این پژوهش بر اساس هدف آن اثربخشی نمایش درمانی بر کیفیت زندگی زنان سنتی-مدرنیته ۲۰ تا ۵۰ ساله شهر اصفهان بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با گروه آزمایش و کنترل و پیش آزمون پس آزمون بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان ۲۰-۵۰ ساله شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود که به شیوه نمونه‌گیری دردسترس تعداد ۴۰ زن از بین مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره فعال در حوزه خانواده انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۲۰ نفر گمارده شد. ملاک های ورود و خروج از پژوهش عبارتند از: ملاک‌های ورود: ۱- زنان با سن ۲۰ تا ۵۰ سال، ۲- عدم دریافت دارو درمانی، ۳- داشتن معلولیت حرکتی، ذهنی. ملاک‌های خروج: ۱- غیبت بیش از دو جلسه شرکت کنندگان در جلسات آموزشی، ۲- عدم اجرای تکالیف جلسات آموزشی توسط آزمودنی. از جامعه آماری مورد مطالعه مان، به صورت روش در دسترس تعداد ۴۰ زن ۲۰-۵۰ ساله انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره گمارده شدند. در مرحله بعد گروه آزمایش جلسات آموزشی، نمایش درمانی را طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از آن ابزار پژوهش بر روی هر دو گروه آزمودنی به اجرا در آمد. به منظور جمع آوری اطلاعات محقق از دو روش استفاده شده است که عبارتند از: ۱. به منظور تنظیم، ادبیات و پیشینه تحقیق از مقالات معتبر، کتابها برای بررسی ادبیات و پیشینه تحقیق در پایگاه های داده‌ای معتبر استفاده می‌کند. ۲. مطالعات میدانی: استفاده از پرسشنامه‌های معتبر. ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر پرسشنامه کیفیت زندگی لعلی و همکاران (۱۳۹۱) می باشد. این پرسشنامه دارای ۷۰ سؤال بوده که توسط لعلی و همکاران (۱۳۹۱) ساخته و هنجار یابی شده است و هدف آن ارزیابی ابعاد مختلف سبک‌های زندگی (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) می‌باشد. طیف پاسخگویی آن ۶ درجه‌ای لیکرت بوده است. دامنه نمرات بین ۳۰ تا ۷۰ است. ۳۰ به پایین سبک زندگی بد، ۳۰ تا ۵۰ سبک زندگی متوسط و ۵۰ تا ۷۰ سبک زندگی خوب می‌باشد. از سوی دیگر در پژوهش لعلی و همکاران (۱۳۹۱) با استفاده از آزمون تحلیل عاملی روایی سازه پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد. همچنین این پرسشنامه توسط شاهی وند (۱۳۹۴) اعتباریابی شده است و پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان ۲۰-۵۰ ساله دارای مراجعه کننده به مراکز مشاوره فعال در حوزه خانواده شهر اصفهان و با در نظر گرفتن ملاکهای ورود و خروج مطالعه، تعداد ۴۰ آزمودنی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند و ابزار پژوهش بر روی هر دو گروه به اجرا در آمد. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفتند. در سطح توصیفی از جدول فراوانی و درصد فراوانی، نمودار درصد فراوانی و جدول شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای ارائه وضعیت متغیرهای جمعیت‌شناختی پژوهش استفاده شده است. در سطح استنباطی نیز از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. کلیه‌ی تحلیل‌های صورت گرفته با نرم‌افزار بسته آماری برای علوم اجتماعی^۱ SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

^۱ Statistical Package for Social Science

جدول ۱: خلاصه نمایش درمانی

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی اولیه با آزمودنیها و برقراری رابطه مناسب باهدف تکمیل کردن پرسشنامه ها و اجرای پیش آزمون، معرفی کارگردان و بیان قوانین گروه، بیان انگیزه و اهمیت و هدف، استفاده از تکنیک گرم کردن با پاس دادن توپ فرضی، انتخاب موقعیت منتخب (سوگ)، فن آینه، اجرای یاور، تکنیک گرم کردن با کاغذ رنگی، تکنیک مونودرام صندلی خالی.
دوم	ایجاد جوی صمیمانه و به دور از استرس برای درمانجو، تکنیک های: گرم کردن، انتخاب پروتاگونیست، درجه بندی، انتخاب موقعیت منتخب (خشم، آداب و رسوم روستا)، تکنیک های من یاور، حل مسئله، آینه، مشارکت اعضا، گرم کردن با استفاده از تکنیک پایکوبی.
سوم	اجتناب از کامل گرایی افراطی، تکنیک نوشتن با دست غیر مسلط، تکنیک «زندگی سهل است.. زندگی سخت است»، روش شماره گذاری، انتخاب موقعیت منتخب (نمره ی کم، مهمان ناخوانده)، من یاور، تکنیک خودگویی، یارمضاعف، تکنیک نه گفتن و اعتماد به نفس، نتیجه گیری.
چهارم	نقاب زدن و خودبودن (مقابله با دشواری های هیجانی)، تکنیک های: یخ شکن (خوشبختانه - بدبختانه)، تکنیک فرافکنی آینده، تکنیک تک گویی، گرم کردن، شمارش، گروه بندی، موقعیت منتخب (نقاب زدن در مهمانی، خانواده ی سنتی با آداب معاشرت خاص و میزبان مدرن) - تکنیک آینه - نقش مضاعف، مشارکت.
پنجم	عشق و زندگی، تکنیک انتخاب موقعیت (زن سنتی و شوهرمدرن)، تکنیک مغازه جادویی، گرم کردن با تکنیک تخیلات خانوادگی، تکنیک جامعه سنجی، مشارکت، من یاور.
ششم	زندگی سالم در زمان حال، تکنیک گرم کردن، روش شماره گذاری، موقعیت منتخب (نامزدشدن اجباری دخترش)، تکنیک صندلی خالی، نقش مضاعف، مشارکت، نتیجه گیری، تکنیک داستان گویی، مهارت های حل مسئله.
هفتم	احساس گناه افراطی و احساس پشیمانی سالم و سازنده، گرم کردن را به تکنیک آگهی های بازرگانی، روش شماره گذاری و گروه بندی، موقعیت انتخابی (عدم ملاقات مادر بزرگ، شایعات رابطه ی عاشقانه)، نقش مضاعف، شخص اول و پروتاگونیست، مشارکت اعضا، نتیجه گیری.
هشتم	خودپذیری نامشروط، گرم کردن با تکنیک نوشتن با دست غیرمسلط، انتخاب موقعیت (حس حقارت از مشاجره باهمسالان در مهمانی، تنهایی ظرف شستن، تهمت دیگران)، شخص اول، صندلی خالی، آینه، من یاور، مشارکت اعضا، نتیجه گیری.
نهم	پرداختن به عزت نفس افراد، ارائه ی تعریفی مقدماتی، تکنیک مقدمات، روش شماره گذاری و گروه بندی، انتخاب موقعیت (پدر و مادر بیسواد و بیمار و بیکار، پرسش معلم در مورد شغل پدر و تمسخر هم کلاسی ها)، انتخاب شخص اول، تکنیک حل مسئله، من یاور، مشارکت دیگر اعضا
دهم	مرور کلی مطالب گذشته، انجام تمرینهای مختلف رفتاری، تأکید بر تکرار و ادامه فعالیتهای آموزش داده شده، با مروری بر موقعیتهای اجرا شده، تعارضهای مطرح شده، راه حل ها، مهارت ها و بینش های کسب شده، مرور و جمع بندی شد، اجرای صندوقچه امید، جمع بندی جلسات، اتمام پس آزمون.

یافته ها

توصیفی

جدول: یافته های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و گواه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص های توصیفی نمرات کیفیت زندگی به تفکیک دو گروه و دو مرحله پژوهش

متغیر گروه ها		آزمایش		گواه	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
کیفیت زندگی	میانگین	۱۸۵/۹۵	۲۴۳/۱۵	۱۸۷/۳۰	۱۸۴/۳۰
	انحراف معیار	۱۴/۶۹	۱۶/۷۹	۱۰/۲۹	۱۰/۷۶
سلامت جسمانی	میانگین	۱۷/۷۵	۲۴/۹۵	۱۸/۳۵	۱۸/۸۰
	انحراف معیار	۳/۵۹	۵/۸۲	۲/۵۴	۲/۱۱
ورزش و تندرستی	میانگین	۱۷/۲۵	۲۱/۹۵	۱۸/۴۰	۱۸/۱۰
	انحراف معیار	۴/۲۴	۴/۰۰	۱/۸۷	۲/۲۹
کنترل وزن و تغذیه	میانگین	۱۷/۴۵	۲۲/۱۵	۱۷/۸۵	۱۷/۴۵
	انحراف معیار	۴/۶۹	۵/۱۸	۲/۹۴	۲/۹۱
پیشگیری از بیماری ها	میانگین	۱۷/۹۰	۲۲/۲۵	۱۸/۴۰	۱۸/۱۵
	انحراف معیار	۴/۱۲	۳/۸۹	۲/۵۲	۱/۸۷
سلامت روان شناختی	میانگین	۱۷/۹۵	۲۳/۹۵	۱۸/۰۰	۱۷/۸۵
	انحراف معیار	۴/۷۴	۴/۱۲	۲/۳۳	۱/۷۸
سلامت معنوی	میانگین	۱۹/۳۰	۲۵/۳۵	۱۹/۶۰	۱۸/۹۵
	انحراف معیار	۱/۸۱	۳/۴۲	۱/۸۴	۱/۵۰
سلامت اجتماعی	میانگین	۲۰/۸۰	۲۵/۲۵	۲۰/۱۰	۱۹/۳۵
	انحراف معیار	۲/۱۴	۳/۰۰	۲/۱۰	۲/۲۵
اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل	میانگین	۲۰/۱۵	۲۶/۰۰	۱۹/۴۵	۱۸/۷۵
	انحراف معیار	۳/۴۸	۴/۹۰	۲/۴۱	۲/۵۵
پیشگیری از حوادث	میانگین	۱۸/۳۵	۲۳/۴۰	۱۸/۶۵	۱۸/۳۵
	انحراف معیار	۲/۸۸	۴/۴۵	۱/۹۵	۱/۸۴
سلامت محیطی	میانگین	۱۹/۰۵	۲۷/۹۰	۱۸/۵۰	۱۸/۵۵
	انحراف معیار	۲/۶۶	۴/۱۱	۲/۰۴	۱/۷۶

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، براساس یافته های توصیفی میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه آزمایش نسبت به گواه افزایش بیشتری در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون نشان داده است.

استنباطی

جدول ۳ آزمون لوین جهت ارزیابی پیش فرض برابری واریانس های نمرات متغیرهای پژوهش

متغیرها	مراحل پژوهش	پیش آزمون		پس آزمون	
		F	معنی داری	F	معنی داری
کیفیت زندگی	کیفیت زندگی	۰/۴۴۴	۰/۵۰۹	۲/۸۲	۰/۱۰۱
	سلامت جسمانی	۱/۸۵	۰/۱۸۱	۲/۵۱	۰/۱۳۲
	ورزش و تندرستی	۲/۶۸	۰/۱۰۳	۰/۹۷۳	۰/۳۳
	کنترل وزن و تغذیه	۲/۲	۰/۱۴۶	۲/۲۲	۰/۱۴۱
	پیشگیری از بیماری ها	۲/۹۵	۰/۰۹۴	۲/۶۷	۰/۱۱
	سلامت روان شناختی	۳/۶۷	۰/۰۶۳	۰/۲۶۱	۰/۶۱۲
	سلامت معنوی	۰/۱۹۷	۰/۶۶	۲/۷۸	۰/۰۹۱
	سلامت اجتماعی	۰/۲۳۹	۰/۶۲۸	۲/۶۵	۰/۱۰۵
	اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل	۲/۹۷	۰/۰۹۴	۲/۷۹	۰/۰۹۳
	پیشگیری از حوادث	۲/۴۲	۰/۱۲۸	۲/۴۱	۰/۱۲۹
	سلامت محیطی	۱/۶۳	۰/۲۰۹	۲/۳۹	۰/۱۳

همان طور که در جدول ۳ دیده می شود، پیش فرض لوین مبنی بر برابری واریانس ها در گروه ها در همه متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون باقی مانده است، لذا این پیش فرض تأیید می شود (همه سطوح معنی داری بزرگ تر از ۰/۰۵ می باشد).

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره جهت بررسی تأثیر نمایش درمانی بر کیفیت زندگی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین های نمرات کیفیت زندگی بر حسب عضویت گروهی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون	۳۵۴۱/۳۵	۱	۳۵۴۱/۳۵	۳۲/۶۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶۹	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۳۵۷۴۶/۲۵۹	۱	۳۵۷۴۶/۲۵۹	۳۲۹/۲۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۹۹	۱/۰۰۰
خطا	۴۰۱۷/۳۹۹	۳۷	۱۰۸/۵۷۸				
جمع	۱۸۶۹۳۲۷	۴۰					

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود، نمرات پیش آزمون کیفیت زندگی با پس آزمون آن رابطه معنی داری دارد ($p < ۰/۰۵$). نتایج نشان داده است که تفاوت بین میانگین های تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون (بعد از کنترل نمرات پیش آزمون) در دو گروه آزمایش و گواه معنی دار است $p = ۰/۰۰۱$ ، لذا فرضیه فرعی سوم پژوهش تأیید می شود. به عبارت دیگر نمایش درمانی، کیفیت زندگی در زنان سنتی- مدرنیته شهر اصفهان را بهبود می دهد. میزان تأثیر این درمان ها در مرحله پس آزمون ۰/۸۹۹ بوده است. یعنی در حدود ۹۰ درصد از واریانس نمرات کیفیت

زندگی مربوط به عضویت گروهی و یا تأثیر نمایش درمانی است. توان آماری ۱۰۰ درصدی نشان می‌دهد دقت آماری این آزمون مطلوب است علاوه بر این، حجم نمونه برای آزمایش این فرضیه کافی بوده است. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره یا مانکوا جهت بررسی تأثیر نمایش درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی در زنان سنتی- مدرنیته شهر اصفهان در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵ نتایج کلی تحلیل کوواریانس چند متغیری تأثیر نمایش درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی در زنان سنتی- مدرنیته شهر اصفهان

توان آماری	اندازه اثر	معنی داری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرض	F	ضریب	
۰/۹۶۴	۰/۶۸۱	۰/۰۰۴	۱۹	۱۰	۴/۰۶	۰/۳۱۹	پیش آزمون سلامت جسمانی
۰/۶۴	۰/۴۹	۰/۱۲۴	۱۹	۱۰	۱/۸۳	۰/۵۱	پیش آزمون ورزش و تندرستی
۰/۷۶۲	۰/۵۴۸	۰/۰۵۶	۱۹	۱۰	۲/۳	۰/۴۵۲	پیش آزمون کنترل وزن و تغذیه
۰/۹۸۳	۰/۷۰۹	۰/۰۰۲	۱۹	۱۰	۴/۶۳	۰/۲۹۱	پیش آزمون پیشگیری از بیماری‌ها
۰/۵۶۱	۰/۴۵۳	۰/۱۹	۱۹	۱۰	۱/۵۷	۰/۵۴۷	پیش آزمون سلامت روان‌شناختی
۰/۱۹۳	۰/۲۱۹	۰/۸۴۵	۱۹	۱۰	۰/۵۳۴	۰/۷۸۱	پیش آزمون سلامت معنوی
۰/۹۴۲	۰/۶۵۸	۰/۰۰۷	۱۹	۱۰	۳/۶۶	۰/۳۴۲	پیش آزمون سلامت اجتماعی
۰/۹۴	۰/۶۶	۰/۰۰۷	۱۹	۱۰	۳/۶۸	۰/۳۴	پیش آزمون اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل
۰/۹۷۵	۰/۶۹۷	۰/۰۰۳	۱۹	۱۰	۴/۳۷	۰/۳۰۳	پیش آزمون پیشگیری از حوادث
۰/۵۹۱	۰/۴۶۷	۰/۱۶۲	۱۹	۱۰	۱/۶۷	۰/۵۳۳	پیش آزمون سلامت محیطی
۱/۰۰۰	۰/۹۵۵	۰/۰۰۱	۱۹	۱۰	۴۰/۰۸	۰/۰۴۵	گروه

براساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۵، رابطه بین پیش آزمون و پس آزمون در ابعاد سلامت جسمانی، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل، پیشگیری از حوادث معنی دار است ($P < ۰/۰۵$) و در سایر ابعاد معنی دار نیست.

نتایج نشان داده است که اثر اصلی گروه در ابعاد کیفیت زندگی معنی دار است که نشان می‌دهد حداقل یکی از ابعاد کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری دارد ($P = ۰/۰۰۱$). لذا فرضیه فرعی سوم پژوهش تأیید شده است. نتایج نشان داده است که ۰/۹۵۵ یا ۹۵/۵ درصد از تفاوت‌های فردی در بهبود کیفیت زندگی به صورت کلی در مرحله پس آزمون به تفاوت بین دو گروه مربوط است. به عبارت دیگر نمایش درمانی، باعث بهبود حداقل یکی از کیفیت زندگی در گروه آزمایش شده است. توان آماری ۱۰۰ درصدی نشان می‌دهد دقت آماری این آزمون مطلوب است.

نتیجه گیری

نمرات پس آزمون کیفیت زندگی و ابعاد آن (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) زنان سنتی- مدرنیته شهر اصفهان، در گروه نمایش درمانی نسبت به گروه گواه تفاوت معنی داری دارد. همانطور که در نتایج جدول ۵ مشاهده شد اثر نمایش درمانی (سایکودرام) بر سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی مؤثر بوده است. به عبارت دیگر می توان گفت نمایش درمانی، در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون کیفیت زندگی و ابعاد آن را زنان سنتی- مدرنیته شهر اصفهان بهبود داده است ($P < 0.01$).

در این پژوهش نمایش درمانی بر سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها، مواد مخدر و الکل، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی مؤثر بود. نتایج سایر پژوهش ها در این زمینه با یافته های پژوهش حاضر مشابه و هماهنگ می باشند (میرشجاع و همکاران، ۱۳۹۹؛ صمدی، ۱۳۹۸؛ لی وی وای هیسین، ۲۰۲۲؛ سیمشک و همکاران، ۲۰۲۱؛ عبدالله و عبدالله، ۲۰۱۸؛ جانسته و همکاران، ۲۰۱۵). در راستای این یافته، ابراهیمی و نوریان (۱۳۹۹)، صمدی و همکاران (۱۳۹۸) و چانگ و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که نمایش درمانی بر افزایش سلامت روان مؤثر است. یارمحمدیان و ربانی (۱۳۹۴) اثربخشی روان نمایشگری بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی را نشان دادند. کاراتاس (۲۰۱۴) اثربخشی روان نمایشگری در افزایش تندرستی و بهزیستی فردی و کاهش ناامیدی را نشان دادند.

در تبیین این یافته می توان گفت سبک زندگی سالم تأثیر به سزایی بر سلامت جسمی و روانی فرد، جامعه و در نهایت بهبود کیفیت زندگی افراد دارد (تران و هان، ۲۰۱۷). ورزش کردن و فعالیت فیزیکی نقش مهمی در ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری های مزمن دارد. آموزش و آگاهی در زمینه کنترل وزن و تغذیه، رعایت نکات ایمنی، بهداشت فردی و عمومی و پیشگیری از بیماری ها در تأثیر برجسته ای بر سلامت افراد دارد، می توان گفت که ارائه آموزش های لازم و برنامه ریزی های مدیریتی باعث می شود افراد این توانایی را داشته باشند که در سبک زندگی خود تغییر ایجاد کنند. در این راستا امروزه جایگاه هنر در پیشگیری، تشخیص و تأثیر در درمان بسیار مورد توجه است. هنر می تواند شفا دهنده، آرامبخش، آموزش دهنده و هماهنگ کننده باشد (مارسیک، ۲۰۱۰). طبق نتایج پژوهش های پیشین، تمرینات نمایش درمانی می تواند با کاهش علائم اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی و درد بر کارکرد آزمودنی ها تأثیر گذاشته، نیاز به استفاده از داروها را در آنان کاهش دهند و در مجموع کارایی آنها را بهبود بخشیده و نشانه های بیماری را کنترل کنند. نتایج حاصل از پژوهش های مذکور حاکی از آن است که کارکرد اطلاعات تراژدی و نمایش برای تحریک روحی و هیجانی جهت تخلیه روانی لازم است (صمدی و همکاران، ۱۳۹۸). آموزش گروهی نمایش درمانی (سایکودرام) با ایجاد یک محیط قابل اطمینان و حمایتی برای افراد با استفاده از تکنیک های متنوعی مانند گرم کردن و اجرا باعث می شود که فرد با تجارب جدید و موقعیت های تازه روبرو شود و از راهکارهای مناسبی برای رویارویی با موقعیت های چالش انگیز استفاده کند و از طریق بهبود شادکامی، سلامت و بهزیستی ذهنی زمینه ارتقای کیفیت زندگی و سبک زندگی سالم را موجب شود (کاتمر و همکاران، ۲۰۲۰).

نمایش درمانی روشی که به وسیله آن هیجانات، ترس ها و عواطفی که تحریک شده اند، تقلید می شوند. همانطور که پیشتر و در تبیین فرضیه قبل آمد، موضوعی می تواند به عنوان نمایش شناخته شود که با احساسات انسانی ارتباط مستقیم و یگانه داشته و قادر باشد در زندگی افراد تغییر ایجاد کند (تران و هان، ۲۰۱۷). به اعتقاد دوگان (۲۰۱۰) تمرینات نمایش درمانی آن ارتباطات است که شخص می تواند آنها را آشکار کند و کوشش می کند که خود را با قسمت های گوناگون زندگی اش در گذشته، حال و آینده وفق دهد. برنامه های متنوع نمایش درمانی از جمله نمایش، شعر و داستان ضمن تقویت

مهارت های حرکتی و شنوایی در جابجایی های گوناگون، ارتباط اجتماعی و عاطفی مؤثر بوده و در فرد احساس ایمنی و آرامش به وجود می آورد (صمدی و همکاران، ۱۳۹۸). نمایش باعث آرامش تماشاگر و کاسته شدن از بار غم و اندوه و عقده های روانی او می شود و اینکه نمایش پالاینده است و روح را تسکین می دهد (مارسیک، ۲۰۱۰). نمایش درمانی یک روش گروهی درمانی است که در آن خصوصیات برجسته شخصیت، ارتباطات بین فردی، تعارضات و کشمکش های روانی و همچنین اختلالات احساسی و عاطفی به وسیله روش های مخصوص نمایشی مورد مشاهده و بررسی قرار گرفته، تمرینات نمایش درمانی می توانند با کاهش علائم جسمانی و درد بر کارکرد آزمودنی ها تأثیر گذاشته، نیاز به استفاده از داروها را در آنان کاهش دهند و در مجموعه کارایی آن ها را بهبود بخشیده و نشانه های بیماری را کنترل کنند. همچنین نمایش درمانی (سایکودرام)، موجب می شود تا ویژگی برانگیختگی و آفرینندگی به بهترین صورت متجلی شود.

این مورد از آن جهت اهمیت دارد که موجب می شود فرد از شیوه های تکراری و قدیمی خود دست کشیده و شیوه های جدیدی را کشف کرده و به کار گیرد. احتمالاً در پژوهش حاضر نمایش درمانی که اساس آن بر پایه گفتگو استوار می باشد، از طریق فنون الگوسازی، نقاب و ایفای نقش با کنترل هیجانات منفی و با دست یافتن به بینش مثبت، درک هیجانات و احساسات موجود باعث بهبود سبک زندگی شده، لذا می تواند در افزایش کیفیت زندگی زنان سنتی مدرنیته مؤثر باشد. لذا، با توجه به یافته های پژوهش های انجام شده و پژوهش حاضر، منطقی است گفته شود که آموزش گروهی نمایش درمانی (سایکودرام) بر افزایش کیفیت زندگی زنان سنتی مدرنیته اثربخش است. پژوهش حاضر بر روی زنان سنتی-مدرنیته شهر اصفهان صورت گرفته است انجام گرفت و با توجه به این که مسایل فرهنگی در زندگی افراد تأثیر دارد، توصیه می شود پژوهش های مشابهی در سایر مناطق کشور انجام گیرد تا بتوان در مورد تعمیم یافته های این پژوهش تصمیم گیری بهتری نمود. در پژوهش های آتی، این مداخله بر روی مردان سنتی-مدرنیته و زنان سنتی-مدرنیته اجرا شود. اثر نمایش درمانی بر ابعاد مختلف زندگی روی زنان سنتی-مدرنیته شهر اصفهان در مقایسه با سایر رویکردهای درمانی از جمله هنر درمانی، شناخت درمانی، نقاشی درمانی، فراشناخت درمانی غیره مورد مطالعه قرار گیرد. اعتباریابی نتایج این پژوهش مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه است. لذا پیشنهاد می شود که پژوهش با موضوع اثر نمایش درمانی بر کیفیت زندگی روی زنان سنتی-مدرنیته شهر اصفهان مجدد صورت گیرد و نتایج با یافته های پژوهش حاضر مقایسه شود. برای بررسی اثر نمایش درمانی بر کیفیت زندگی روی زنان سنتی-مدرنیته شهر اصفهان از روش های عینی تر (مصاحبه نیمه ساختاریافته) در پژوهش های آتی استفاده شود. در خاتمه پیشنهاد می شود پژوهش های مشابهی با دوره های پیگیری بلند مدت صورت بگیرد.

منابع

- ابراهیمی، آرش، و نوریان، خیرالله. (۱۳۹۹). اثربخشی نمایش درمانی بر اضطراب، سلامت روان و مشخصات شخصیتی جوانان مراجعه کننده به خانه فرهنگ اداره فرهنگ و ارشاد اسلامی شهر شیراز. کرمان؛ نشریه فرهنگ، اجتماع و علوم انسانی ۲؛ (۲): ۱۹-۱.
- تسلیمیان، ندا، نصرتی، رفیق، ماسوری. (۱۴۰۰). مطالعه کاربرد نمایش درمانی از طریق بداهه سازی های اجرایی برای کمک به پیشگیری از اعتیاد در نوجوانان حاشیه نشین شهر ساری. *مطالعات هنرهای زیبا*، ۲(۴)، ۴۶-۵۳.
- خراسانی زاده، رنجبری پور، پورشریفی، باقری، پویامنش، جعفر. (۲۰۱۸). پیش بینی طرحواره های ناسازگار اولیه براساس الگوهای ارتباط والد-فرزند و سبک های دلبستگی. *اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی*، ۱۳(۵۰)، ۱۷-۲۶.
- دهقانی، مهچره. (۲۰۱۶). بررسی نظرات موافق و مخالف نقش مثبت دین در آرامش انسان. *فصلنامه علمی تخصصی مطالعات قرآنی نامه جامعه*، ۳(۱۱۸)، ۱۱۵-۱۴۰.
- سپینتا، عابدی، احمد، یارمحمدیان، احمد، قمرانی، سالار. (۲۰۱۹). اثربخشی روان نمایشی بر تنظیم هیجان دانش آموزان مبتلا به نارساخوانی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶(۳)، ۲۷۲-۲۸۴.

- صالحی، مسلمان. (۲۰۱۵). رابطه نگرش های مذهبی با افسردگی، اضطراب، استرس در دانشجویان دانشگاه گیلان. *مجله دین و سلامت*, ۳(۱), ۶۴-۵۷.
- صمدی، حمیده. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی نمایش درمانی بر کیفیت زندگی دانشجویان، *نشریه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*, ۵(۲), ۳۸-۴۴.
- لعلی، محسن، عابدی، احمد، کجباف، محمدباقر. (۱۳۹۱)، ساخت و اعتباریابی پرسشنامه سبک زندگی (LSQ)، پژوهش های روانشناختی، دوره ۱۵، شماره ۱.
- میر شجاع، مینا سادات، بهنام، قانونی، صباغی، حسین پور. (۲۰۲۰). تأثیر نمایش درمانی بر تنظیم شناختی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*, ۱۸(۳), ۴۱۶-۴۲۵.
- Abdulah, D. M. , & Abdulla, B. M. O. (۲۰۱۸). *Effectiveness of group art therapy on quality of life in paediatric patients with cancer: A randomized controlled trial*. *Complementary therapies in medicine*, ۴۱, ۱۸۵-۱۸۰.
- Besharet, M. A. (۲۰۱۶). Alexithymia and defensive style.
- Bierman, A. (۱۹۹۹). *Handbook of the sociology of mental health* (pp. ۳-۱۸). C. S. Aneshensel, & J. C. Phelan (Eds.). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Chang, W-L, Liu, Y-S, Yang, C-F (۲۰۱۹). *Drama Therapy Counseling as Mental Health Care of College Students*. *Int J Environ Res Public Health*. ۲۰۱۹ Sep ۲۳; ۱۶(۱۹):۳۵۶۰.
- Cohen, D. , Delaroché, P. , Flament, M. F. , & Mazet, P. (۲۰۱۴). *Case report: Individual psychodrama for treatment resistant obsessive-compulsive disorder*. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* , ۶۲(۱), ۱۹-۲۱.
- Das, D. (۲۰۱۸) "Urban Quality of Life: A Case Study of Guwahati", *Social Indicators Research*, ۸۸: ۲۹۷-۳۱۰.
- Deiani, N., Noori, A., & Golparvar, M. (۲۰۱۳). Students metacognitive beliefs associated with component storage behavior/speculation.
- Jaanieste, J. , Linnell, S. , Ollerton, R. L. , & Slewa-Younan, S. (۲۰۱۵). Drama therapy with older people with dementia—Does it improve quality of life?. *The Arts in Psychotherapy*, ۴۳, ۴۰-۴۸.
- Lawrence, P. J., & Williams, T. I. (۲۰۱۱). Pathways to inflated responsibility beliefs in adolescent obsessive-compulsive disorder: a preliminary investigation. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 39(۲), ۲۲۹-۲۳۴.
- Lee, Y. J. (۲۰۰۸) "Subjective Quality of Life Measurement in Taipei", *Building and Environment*. ۴۳(۷):۱۲۰۵-۱۲۱۵.
- Li-Wei, L. I. N. , Yi-Hsin, L. U. , Chang, T. H. , & Shu-Hui, Y. E. H. (۲۰۲۲). Effects of Drama Therapy on Depressive Symptoms, Attention, and Quality of Life in Patients With Dementia. *Journal of Nursing Research*, ۳۰(۱), e۱۸۸.
- Marsick, E. (۲۰۱۰). Cinematherapy with preadolescents experiencing parental divorce: A collective case study. *The Arts in Psychotherapy*; vol:۳۷, pp:۳۱۱-۳۱۸.
- Mashhadi, H. B., Poor, M. N., Malvirani, M., & Fakhraei, A. A. (۲۰۱۷). Comparing early maladaptive schemas and defense mechanisms with religious attitude: A case of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Research on Religion & Health*, 3(۳).
- Mashhadi, H. B., Poor, M. N., Malvirani, M., & Fakhraei, A. A. (۲۰۱۷). Comparing early maladaptive schemas and defense mechanisms with religious attitude: A case of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*, 3(۳), ۱۸-۳۰.
- Nestorova, T. (۱۹۹۶). Between tradition and modernity: Bulgarian women during the development of modern statehood and society, ۱۸۷۸-۱۹۴۵. *Women's History Review*, 5(۴), ۵۱۳-۵۲۴.
- Salehi, I., & Mosalman, M. (۲۰۱۵). Evaluation of the relationship between religious attitude and depression, anxiety and stress in students of Guilan University. *Religion & Health*, 3(۱), ۵۷-۶۴.
- Tsai, T. J., Chung, U. L., Chang, C. J., & Wang, H. H. (۲۰۱۶). Influence of religious beliefs on the health of cancer patients. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 17(۴), ۲۳۱۵-۲۳۲۰.